



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CAMPUS BAIXADA SANTISTA



Rua Silva Jardim, 136 – Vl. Mathias – Santos/SP – CEP: 11015-020

LIVIA MANSUR SILVA

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE SERVIDORES DA PREFEITURA DE SANTOS
COM DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO**

Santos

2017

LIVIA MANSUR SILVA

**AVALIAÇÃO FUNCIONAL DE SERVIDORES DA PREFEITURA DE SANTOS
COM DOENÇAS DO SISTEMA OSTEOMUSCULAR E DO TECIDO CONJUNTIVO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade Federal de São Paulo – *Campus* Baixada
Santista como parte dos requisitos curriculares para
obtenção do título de bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Fernanda Flávia Cockell

Santos

2017

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, aos meus pais e mães Orixás e a toda espiritualidade que me ampara, obrigada, obrigada, muito obrigada. Axé!

Aos meus pais Samia e Eduardo, por todo amor e por me apoiarem na busca dos meus sonhos. A minha irmã Luiza, meus primos Carlos, Nicacio, Íris e Álvaro, aos meus tios André, Nádia e Julia e aos meus avôs Abdala e Nicacio e a toda a minha família por toda a força recebida durante todos esses anos, vocês foram fundamentais nessa caminhada.

À todos do Instituto Cultural 7 Caminhos, especialmente ao Diógenes e Claudete, por me ajudarem a conduzir minha trajetória espiritual. Ao Yuri, Nicolý, Eduardo, Adriana, Mady, Diogo, Yan, Maria Paula, Enzo, Victoria e Thaís por estarem comigo mesmo quando não pude estar presente.

Às minhas amigas, Ana Carolina Cabral, Bruna Barreto, Cyntia Criniti, Gisele Rodrigues e Tatiana Dax, vocês fizeram com que tudo fosse mais fácil durante a nossa graduação.

À todos do DEGEPAT, por terem me acolhido e ajudado durante as coletas desse trabalho .

À minha orientadora Fernanda Cockell, por ter aceitado esse desafio junto comigo e por ter acreditado no meu potencial. Obrigada pela compreensão, pela amizade e por todos os ensinamentos sobre a profissão e sobre a vida.

Finalmente, a todas as pessoas que estiveram, direta ou indiretamente, na minha vida nesse período.

RESUMO

Introdução: As doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo podem estar relacionadas ao trabalho, podendo afetar as relações interpessoais no ambiente de trabalho e podendo levar ao afastamento os servidores e consequentemente aumentando o custo social com indenizações. Atualmente, os serviços de medicina do trabalho, realizam a avaliação dos servidores baseadas na Classificação Internacional de Doenças, o que faz com que não considerada a funcionalidade e incapacidade de cada servidor individualmente. A necessidade da criação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde, criada pela Organização Mundial de Saúde, se deu pela falta da capacidade de compreensão da doença em um contexto biomédico e biopsicossocial-espiritual. **Objetivo:** Avaliar os níveis de funcionalidade dos servidores afastados por licença médica ou reintegrados da Prefeitura Municipal de Santos, com os códigos CID M00 a M99.9, em relação ao tempo de afastamento. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal quantitativo, constituído por servidores da Prefeitura Municipal de Santos, de ambos os sexos, afastados por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M00 a M99.9). Setenta e três servidores responderam corretamente todos os questionários e foram divididos em três grupos de acordo com o tempo de afastamento. Foram utilizados três questionários: um de funcionalidade (WHODAS 2.0) e dois de dor (Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares e a Escala Visual Analógica de Dor). **Resultados:** Os grupos eram homogêneos nos quesitos sexo, em idade, causa do afastamento, índice de massa corpórea e escolaridade. Encontramos diferença significativa entre os grupos no quesito dor pela Escala Visual Analógica de dor (EVA) nas regiões do pescoço, parte superior das costas e quadril/coxa. As de acordo com o tempo de afastamento. O questionário WHODAS 2.0 apresentou pontuação menor no grupo 2 na pontuação total e nos domínios 1, 2, 3, 4 e 6. **Conclusão:** O questionário WHODAS 2.0 não consegue diferenciar as incapacidades da população estudada de acordo com o tempo de afastamento.

Palavras-chave: Afastamento por motivo de saúde. CIF. Dor musculoesquelética. Dor. Trabalhador.

ABSTRACT

Introduction: Musculoskeletal system and connective tissue disorders may be work related, affecting interpersonal relationship at workplace and may lead to workers sick leave and consequently increasing the social cost with indemnities. Currently, occupational health services evaluates the workers health condition through the International Classification of Diseases, which does not consider the functionality and disability of each server individually. The necessity of creating the International Classification of Functioning, Disability and Health, created by the World Health Organization, was due to the lack of understanding of the disease in a biomedical and biopsychosocial-spiritual context. **Objectives:** Evaluate the functioning levels of workers who went on sick leave in the Municipal City Hall of Santos, caused by the ICD M00 to M99.9, and relate the functioning to the absence periods. **Methods:** This is a transverse quantitative study, formed by public employees of the Municipal City Hall of Santos, of both genders, who went on sick leaves caused by diseases of the musculoskeletal system and connective tissue (ICD M00 to M99.9). Seventy-three workers correctly answered all questionnaires and were divided into three groups according to the absence time. Three questionnaires were used: one related to functioning (WHODAS 2.0) and two related to pain (Nordic Questionnaire for the Analysis of Musculoskeletal Symptoms and the Visual Analogue Scale for pain). **Results:** The groups were similar in terms of gender, age, causes of the sick leave, body mass index and scholarity. There was found clinically significant difference between the groups for pain, analyzed by the Visual Analogue Scale for pain (VAS), in neck, upper back and hip/thigh regions. There was no difference in functioning and disabilities evaluated by WHODAS 2.0 according to the sick leave period. WHODAS 2.0 showed lower punctuation of the second group in the total score and the domains 1, 2, 3, 4 and 6. **Conclusion:** WHODAS 2.0 cannot differ the studied population disabilities according to the sick leave period.

Keywords: ICF. Musculoskeletal pain. Pain. Sick leave. Worker.

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

Figura 1. Fluxograma do Estudo	15
Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da população	21
Tabela 2. CID por grupo	22
Tabela 3. Medida descritiva da variável da EVA.....	23
Tabela 4. Medida descritiva da variável WHODAS 2.0	24
Tabela 5. Medida descritiva das variáveis H1, H2 e H3.	25
Tabela 6. Comparações das variáveis H1, H2 e H3 do WHODAS2.0.....	25
Tabela 7. Resultado do Teste de Fisher para o Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares	26
Tabela 8. Resultados da análise de variância para cada variável de interesse.....	27

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AEAT - Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho

CID- Classificação Internacional de Doenças

CIF- Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde

DEGEPAT- Departamento de Gestão de Pessoas e Ambiente de Trabalho

EVA- Escala Visual Analógica

LER/DORT - Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho

HAQ- Health Assessment Questionnaire

LER- Lesão por Esforço Repetitivo

OMS- Organização Mundial de Saúde

PMS- Prefeitura Municipal de Santos

QNSO - Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares

TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHODAS 2.0 - Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde

WHOQOL-BREF- World Health Organization Quality of Life Assessment - short version

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	8
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	11
3. OBJETIVOS	13
2.1 Objetivo Geral:	13
2.2 Objetivos Específicos:	13
4. HIPÓTESE	14
5. RECURSOS METODOLÓGICOS	15
5.1 Casuística	15
5.2 Critérios	16
5.2.1 Critérios de Inclusão	16
5.2.2 Critérios de Exclusão	16
5.3 Aspectos Éticos.....	16
5.4 Divisão de Grupos	17
5.5 Avaliações.....	17
5.5.1 Avaliação da Funcionalidade	18
5.5.2 Avaliação da Dor	18
5.6 Análise Estatística.....	19
6. RESULTADOS	20
7. DISCUSSÃO	28
8. CONCLUSÃO.....	35
9. REFERÊNCIAS	36
Apêndice 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos servidores municipais	41
10. ANEXOS	41
Anexo A – Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer número 0056/2016.	43
Anexo B – Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0).....	48
Anexo C – Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares	52
Anexo D – Escala Visual Analógica para Dor	53

1. INTRODUÇÃO

Doenças do sistema osteomuscular podem afetar músculos, ligamentos, tendões e qualquer tecido conjuntivo relacionado. O esforço relacionado ao trabalho, que engloba o uso excessivo de força, movimentos repetitivos ou permanecer longos períodos na posição sentada ou em pé, pode desencadear distúrbios musculoesqueléticos, porém, não pode ser considerada sua única causa (DACOSTA; VIEIRA, 2010; ORANYE; BENNETT, 2017).

Uma das maiores preocupações relacionadas aos distúrbios do sistema osteomuscular em trabalhadores é o alto custo de indenizações (ORANYE; BENNETT, 2017; WALSH, 2004), porém, outros fatores a serem considerados são as relações interpessoais no trabalho (WALSH, 2004), repercussões psicológicas e nas atividades profissionais e sociais (KAMPER, 2014; KRELING, 2006), custos sociais para o trabalhador e sua família (YELIN, 2001) e providenciais (CODOGNO, 2015; YELIN, 2001).

O adoecimento do trabalhador pode ser dividido em quatro grupos, sendo, o primeiro, doenças comuns e sem relação com o trabalho, o segundo grupo é constituído de doenças que tem o trabalho como causa necessária, ou seja, doenças causadas diretamente pelo trabalho. O terceiro grupo inclui doenças que o trabalho pode ser um fator de risco que contribui para o adoecimento, mas não necessário. O último grupo é formado por doenças que são causadas pelo trabalho ou doenças pré-existentes agravadas pelo trabalho (BRASIL, 2001).

O adoecimento do trabalhador é majoritariamente avaliado segundo a doença que o acomete, ou seja, utilizando a CID (Classificação Internacional de Doenças), porém quando pensamos sobre uma avaliação ampla do trabalhador, incluindo sua funcionalidade, pensamos no uso concomitante da CID e da CIF (Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde) (DELLA TOGNA, 2010).

A CID é um padrão internacional de classificação de diagnósticos utilizado pela OMS (Organização Mundial de Saúde) que traduz o diagnóstico de doenças e outros problemas de saúde em um código alfanumérico, assim, coletando informações de mortalidade e morbidade (WHO, 2016). Por não abranger todos os domínios da saúde, houve a necessidade de criar uma nova classificação, a CIF, que define a funcionalidade, englobando componentes da saúde e do bem-estar relacionado à saúde (OMS, 2004).

A CIF pode ser dividida em duas partes, funcionalidade e incapacidade e fatores contextuais, cada uma dessas partes possui dois componentes. Dentro da funcionalidade e incapacidade o primeiro deles é a função e estrutura corporal que abrange as funções fisiológicas e anatômicas do corpo, assim como funções psicológicas. O segundo é composto

das atividades e participação social, sendo elas a capacidade de realizar uma tarefa e o envolvimento em situações da vida diária. Na segunda parte estão os fatores ambientais e os fatores pessoais, que constituem o ambiente físico e social em que as pessoas vivem, podendo haver barreiras ou facilitadores (OMS, 2004).

Para que ocorra a avaliação da relação saúde-trabalho-doença devem ser considerados os relatos e vivências dos trabalhadores para compreender o fator de adoecimento, porém, na formação dos profissionais de saúde não é dada devida importância para as percepções e narrativas do trabalhador, fazendo com que a avaliação de cada trabalhador ou coletivos ocorram exclusivamente pelo modelo biomédico, com o diagnóstico baseado na deficiência, ou seja, na função e na estrutura, codificada pelo CID (BRASIL, 2001; VALE, 2009). É fundamental avaliar a funcionalidade para compreender a relação saúde-trabalho-doença, pois ela é uma interação dinâmica das funções corporais com os fatores ambientais e pessoais, sendo assim, a interação de todas as condições pessoais com o meio onde se habita, incluindo as atividades realizadas (VALE, 2009).

A avaliação combinada da CID e da CIF faz com que a condição de saúde seja compreendida em seu contexto biomédico e biopsicossocial - espiritual, o que melhora a comunicação multiprofissional no planejamento do cuidado, beneficiando os pacientes (ESCORPIZO, 2013). A avaliação funcional do paciente permite que indivíduos diferentes, com uma mesma patologia, ou seja, mesma alteração na estrutura e função corporal possuam diferentes níveis de funcionalidade e incapacidade nos outros domínios de sua vida, como atividades e participação social, devendo, então, receber um tratamento individualizado para o seu caso específico (SAMPAIO, 2005).

A Prefeitura Municipal de Santos (PMS) possui um Programa de Gestão de Afastamento por Licença Médica do Servidor Público, desenvolvido pela equipe de saúde ocupacional do Departamento de Gestão de Pessoas em Ambiente de Trabalho (DEGEPAT), visando realizar o acompanhamento da saúde física, mental e sócio-funcional do servidor. No ano de 2016, o CID M totalizou 3993 perícias, o que corresponde a 18,99% do total nesse período, sendo o segundo maior motivo de afastamentos, atrás apenas do CID Z (Fatores que influenciam o estado de saúde e o contato com os serviços de saúde), que totaliza 4228 afastamentos, ou seja, 20,11% do total, porém o CID Z engloba, além de patologias, afastamentos como acompanhante. Neste mesmo ano, o CID M totalizou 60901 (22,65%) dias de afastamentos, sendo, também, o segundo maior motivo de afastamentos nesse período, sendo superado pelo CID F (transtornos mentais e comportamentais) que totalizou 67608 dias (25,14%).

O Programa de Gestão de Afastamentos por Licença Médica do Servidor Público da PMS é composto por uma equipe multiprofissional, incluindo médico, enfermeiro, assistente social e psicólogo. Os afastamentos são agrupados por tempo, sendo divididos em afastamentos maiores e menores que 90 dias. Todos os casos são individualmente discutidos entre a equipe multiprofissional, que avaliam as necessidades sociais, laborais e psicológicas do servidor, encaminhando o servidor a realizar medidas para a sua reabilitação (COCKELL, 2017).

Dados da PMS mostram semelhanças com os altos índices apresentados pelo Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho (AEAT). Em 2015, foram notificados 76.415 acidentes de trabalho¹ por CID M (doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo) em todo o Brasil, segundo os 200 códigos da CID mais incidentes, isso corresponde à aproximadamente 12,5% de todos os acidentes de trabalho nesse período (BRASIL, 2015).

No estado de São Paulo, entre os anos de 2006 e 2014, foram notificados 15.044 casos de LER/DORT (Lesões por Esforço Repetitivo/Distúrbios Osteomusculares Relacionados ao Trabalho), correspondendo a 5% de todos os acidentes e doenças relacionadas ao trabalho e sendo a terceira maior causa de afastamento nesse período, atrás apenas de acidentes de trabalho grave fatal e com menores de 18 anos e acidentes de trabalho com material biológico (BRASIL, 2015).

Devido à alta frequência de afastamentos causados por CID M nos trabalhadores da PMS, semelhantes aos índices nacionais e estaduais, bem como a dificuldade encontrada em avaliar os impactos gerados pela doença em todas as dimensões da vida do trabalhador (LIMA, 2008), somado a insuficiência ou mesmo ausência de dados sobre a gravidade dos casos, torna-se importante pesquisas que avaliem a funcionalidade e a dor de trabalhadores com afastamentos por CID M. Ao analisar conjuntamente tais variáveis, acredita-se ser possível compreender melhor como o tempo de afastamento em doenças osteomusculares e do tecido conjuntivo tem relação com as percepções individuais de dor e incapacidade.

¹ Segundo o artigo 19 da Lei nº 8.213 de 24 de julho de 1991, “acidente do trabalho é o que ocorre pelo exercício do trabalho a serviço da empresa, ou pelo exercício do trabalho do segurado especial, provocando lesão corporal ou perturbação funcional, de caráter temporário ou permanente” (BRASIL, 1991).

2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

A literatura mostra que avaliação da funcionalidade em doenças do sistema osteomuscular em trabalhadores é necessária devido à suas repercussões psicológicas e nas atividades profissionais e sociais (KAMPER, 2014; KRELING, 2006). Segundo Araújo e Buchalla, a CIF pode servir como “ferramenta para ações estratégicas visando melhorar a produtividade, a eficiência do trabalho e o direcionamento dos recursos financeiros” (ARAUJO; BUCHALLA, 2013, p. 2).

O WHODAS 2.0(Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde) se propõe a avaliar a funcionalidade em seis domínios da vida: cognição, mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação, possuindo uma relação direta com a CIF. A avaliação da deficiência através do WHODAS 2.0 permite que identifiquem as necessidades de serviço do paciente, o nível de cuidado que o paciente deve ser encaminhado e seu prognóstico, identificar a necessidade do recebimento de benefícios, permite também avaliar a capacidade do paciente no retorno ao trabalho e sua reintegração na comunidade (OMS, 2010).

O WHODAS 2.0 foi adaptado e validado na língua portuguesa, assim como em diversas outras línguas mundialmente (SILVA, 2013). Em pacientes com doenças musculoesqueléticas, sua eficácia foi comprovada na população com dor osteomuscular geral (SILVA, 2013; SALTICHEV, 2016), na artrite inflamatória aguda (BARON, 2008), artrite reumatoide (MEESTERS, 2009), osteoartrite (KUTLAY, 2009), espondilite anquilosante (VAN TUBERGEN, 2003) e doença de Kashin-Beck (YOUNUS, 2017).

Poucos estudos foram realizados sobre a aplicabilidade do WHODAS 2.0 em pacientes com doenças musculoesqueléticas, porém, Chi (2014) demonstram que em transtornos mentais e comportamentais, a incapacidade está associada à interação de diversos fatores da vida do paciente. Por esse motivo, o questionário é considerado uma ferramenta de medida genérica, que pode ser utilizada em diferentes condições e saúde, culturas e regiões do mundo (CHI, 2014).

O uso da avaliação de funcionalidade pelo WHODAS 2.0 é de grande importância para que haja um planejamento de reabilitação social, melhora nos encaminhamentos nas redes de atenção, assim como, a reinserção no trabalho, readaptação ou aposentadoria por invalidez. Esse planejamento deve ser realizado em conjunto com o paciente, para que o mesmo construa objetivos na sua reabilitação juntamente com a equipe que está realizando

seu tratamento, a equipe encarregada da reabilitação deve possuir diversos profissionais atuando conjuntamente e devem considerar, de acordo com os objetivos traçados juntamente com o paciente, quais são palpáveis e como alcança-los (HANGA; DINITTO; LEPIIK, 2015).

O Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO) é composto por um mapa anatômico considerando 12 meses e 7 dias que precedem a entrevista e é constituído por perguntas sobre a característica da dor, incapacidade em realizar trabalho e tratamento ou não da dor. O QNSO é amplamente utilizado para avaliar postos de trabalho, não sendo indicado como preditor para um diagnóstico clínico (KUORINKA, 1987; PINHEIRO; TRÓCCOLI; CARVALHO, 2002).

Segundo Lin e Chan (2007) o QNSO é uma ferramenta efetiva ao avaliar o posto de trabalho, fazendo o diagnóstico de qual região anatômica foi mais afetada em determinado posto de trabalho e quais as mudanças ergonômicas que devem ser realizadas no posto para que seja diminuída a dor e a incapacidade ao realizar o trabalho (LIN; CHAN, 2007). Em trabalhadores de fábricas o QNSO demonstrou a prevalência de doenças musculoesqueléticas causadas pelo posto de trabalho, demonstrou, também, que o trabalho com longa duração, está associado às dores musculoesqueléticas, independente do local da mesma (AGHILINEJAD, 2012).

O posto de trabalho de enfermeiras e secretárias também foi considerado de alto risco para doenças musculoesqueléticas segundo o QNSO. Além disso, foi avaliada a prevalência e a diferença no padrão das doenças musculoesqueléticas de acordo com a ocupação do trabalhador, e finalmente, foi demonstrado que esses distúrbios afetam diretamente a capacidade de realizar o trabalho pelos servidores (HARCOMBE, 2009).

3. OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral:

Esse trabalho tem como objetivo principal avaliar os níveis de funcionalidade dos servidores afastados por licença médica ou reintegrados da Prefeitura Municipal de Santos, com os códigos CID M00 a 99.9, em relação ao tempo de afastamento.

2.2 Objetivos Específicos:

- Comparar funcionalidade de servidores com afastamentos.
- Observar a relação dos questionários WHODAS 2.0 e Nórdico.

4. HIPÓTESE

A hipótese do presente estudo é de que o menor tempo de afastamento por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo interferem negativamente na funcionalidade e na dor.

5. RECURSOS METODOLÓGICOS

Trata-se de um estudo transversal quantitativo.

5.1 Casuística

Este trabalho é composto por servidores municipais da PMS, de ambos os sexos, afastados por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo (CID M00 a M99.9). Foram recrutados 90 servidores, todos no local da perícia, realizada no Departamento de Gestão de Pessoas e Ambiente de Trabalho (DEGEPAT) na sala de espera antes de ser realizada a perícia (Figura 1).

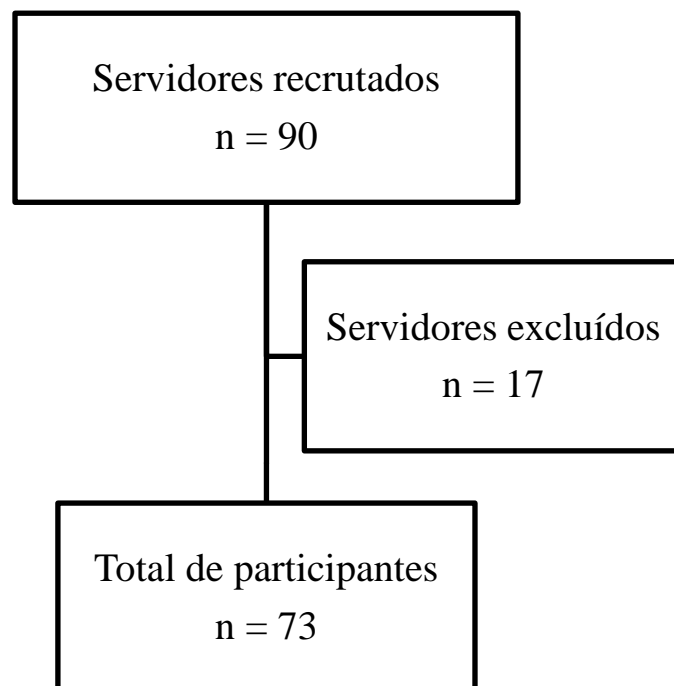


Figura 1. Fluxograma do Estudo

Dos recrutamentos realizados, 73 servidores aceitaram realizar a pesquisa, enquanto 17 se recusaram por motivo de dor e falta de tempo. Do total de servidores que aceitaram realizar a pesquisa, 50 possuíam afastamento menor que 30 dias, sete possuíam afastamento entre 31 e 89 dias e 16 possuíam afastamento maior que 90 dias.

5.2 Critérios

5.2.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos servidores municipais da Prefeitura Municipal de Santos, homens e mulheres, afastados por doenças classificadas como CID M00 a M99.9, independente do tempo de afastamento, tempo de prefeitura, cargo ou idade. Os servidores não precisavam necessariamente residir na cidade de Santos, sendo contatados durante o momento da perícia médica no Departamento de Gestão de Pessoas e Ambiente de Trabalho (DEGEPAT).

5.2.2 Critérios de Exclusão

Não foram incluídos servidores que apresentavam dificuldade cognitiva, que não se enquadravam nos CID M00 a M99.9 e não apresentaram interesse na pesquisa.

5.3 Aspectos Éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo com parecer número 0056/2016 (Anexo A), respeitando as normas de conduta em

pesquisa com seres humanos. Os trabalhadores afastados da prefeitura de Santos que aceitaram participar do estudo e assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo B) no qual constou: objetivo do estudo, questionários a serem respondidos, sigilo à divulgação de informações, voluntariedade da participação do sujeito e a responsabilidade por parte do avaliador, sendo respeitadas a privacidade e a total confiabilidade dos dados.

5.4 Divisão de Grupos

Os participantes foram divididos em três grupos de acordo com o tempo de afastamento, sendo o primeiro grupo (1) composto por servidores afastados há menos de 30 dias, o segundo grupo (2) por servidores afastados entre 31 e 89 dias e o terceiro grupo (3) por servidores afastados há mais de 90 dias. A divisão seguiu os critérios do programa de gestão de afastamentos da PMS e a cronicidade dos casos, além disso, Van Tulder, Koes & Bouter (1997), dividem a dor inespecífica da coluna, nossa maior causa de afastamento, em grupos agudos (zero a quatro semanas), subagudos (quatro a doze semanas) e crônicos (acima de doze semanas). O primeiro grupo foi composto por 50 servidores e o segundo grupo foi composto por sete servidores e o terceiro grupo foi composto por 16 servidores.

5.5 Avaliações

Durante a coleta de dados foi necessária à presença de um avaliador no DEGEPAT, realizando o recrutamento dos servidores durante o momento da perícia médica. O avaliador permaneceu no local da pesquisa durante o período da tarde (13h às 16h). Foram dois avaliadores durante o projeto. A pesquisadora e um avaliador treinado e instruído a respeito da aplicação dos questionários, de como sanar possíveis dúvidas e estavam cientes do projeto.

5.5.1 Avaliação da Funcionalidade

Para a avaliação da funcionalidade dos servidores, foi utilizado a Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0), questionário criado pela Organização Mundial de Saúde, que avalia a funcionalidade de acordo com a CIF.

O questionário é composto por 36 questões e avalia seis domínios:

- 1 – Cognição
- 2 – Mobilidade
- 3 – Auto-cuidado
- 4 – Relações interpessoais
- 5 – Atividades de vida
- 6 – Participação

O primeiro domínio é composto de seis perguntas, o segundo domínio de cinco perguntas, o terceiro domínio de quatro perguntas, o quarto domínio de cinco perguntas, o quinto domínio de oito perguntas e o sexto domínio de oito perguntas. Cada uma das questões possui quatro possíveis respostas com pontuação: 0 – nenhuma dificuldade, 1 – dificuldade leve, 2 – dificuldade moderada, 3 – dificuldade grave, 4 – dificuldade extrema ou não consegue fazer. O resultado total, assim como o resultado de cada um dos domínios, varia de 0% a 100%. Quanto maior a porcentagem final, pior a funcionalidade (OMS, 2010).

5.5.2 Avaliação da Dor

Para a avaliação da dor, foi utilizado o Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares, apresentado no Anexo D, que avalia a dor em relação ao tempo e suas consequências nas atividades de vida (PINHEIRO, 2002).

O questionário composto por um mapa anatômico, que abrange pescoço, ombros, parte superior das costas, cotovelos, parte inferior das costas, punho e mãos, quadril e coxas, joelhos e tornozelos e pés. Possui quatro perguntas:

- 1– Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento/dormência)?
- 2 – Nos últimos 12 meses, você foi impedido (a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema?
- 3 – Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição?
- 4 – Nos últimos 7 dias você teve algum problema?

Como cada uma das quatro questões possuem duas alternativas, sim ou não, relacionada à cada parte do corpo, apresentado no mapa anatômico, foi utilizado a Escala Visual Analógica para Dor, apresentada no Anexo D (GUIMARÃES, 2014).

5.6 Análise Estatística

Para estudar o comportamento das variáveis numéricas em relação aos grupos, foi empregado o modelo de análise de variância com um fator fixo e o método de comparações múltiplas de Tukey. Para verificar se existe associação entre a variável Grupo e as variáveis Categóricas de interesse, foi feito o teste exato de Fisher.

6. RESULTADOS

Os dados sobre as características sociodemográficas e clínicas da população estudada podem ser observados na tabela 1, onde são apresentados os dados com valor total e porcentagem dos servidores por grupo. Os servidores participantes do estudo eram em sua maioria do sexo feminino (71,2%), porém, esse dado se confirma apenas nos grupos 1 (70%) e no grupo 3 (87,50%), no grupo 2, os servidores são majoritariamente do sexo masculino (57,10%).

A idade média total dos participantes foi de $46,16 \pm 9,34$ anos, enquanto a média do grupo 1 foi de $44,40 \pm 8,99$ anos, a média do grupo 2 foi de $46,29 \pm 7,57$ anos e a média do grupo 3 foi de $50,49 \pm 10,04$ anos. A média de tempo de serviço na Prefeitura Municipal de Santos foi de $12,34 \pm 8,47$ anos totalizando os três grupos, $11,96 \pm 8,43$ anos no primeiro grupo, $9,57 \pm 3,82$ anos no segundo grupo e $14,75 \pm 9,74$ anos no terceiro grupo.

Na população estudada, segundo o Índice de Massa Corpórea (kg/m^2) (WHO, 1995), no grupo 1, 2,0% dos servidores estão classificados como abaixo do peso, 26,0% estão na faixa de peso eutrófica, 36,0% estão na faixa do sobrepeso, 22,0% estão classificados como obesidade grau I, 8,0% como obesidade grau II e 6,0% como obesidade grau III. Já no segundo grupo, não existem servidores que se enquadrem como abaixo do peso ou obesidade grau I, 14,28% estão na faixa do peso eutrófico, 42,85% se enquadram como sobrepeso e 14,28% como obesidade grau II. Finalmente, no terceiro grupo, ninguém se enquadra nas faixas abaixo do peso, obesidade grau II e III, 25% estão na faixa de peso eutrófica, 50% se encontram na faixa do sobrepeso e 25% na faixa da obesidade grau I.

Quando analisamos o nível de instrução dos servidores de todos os grupos, constatamos que em sua maioria possuem ensino superior completo, seguidos por ensino médio completo. Os cargos apresentados são diversos, porém, no grupo 1 a maior parte dos servidores atuam como professor de educação básica I e II (24,0%) e professor adjunto I e II (16,0%). No grupo 2 a maior parte dos servidores atuam como professor de educação básica I e II (43,85%) e no grupo 3 a maior parte dos servidores atuam como professor adjunto I e II (31,25%).

Tabela 1. Características sociodemográficas e clínicas da população

Características	Grupos			
Sexo	1	2	3	Total
Feminino	35 (70,0%)	3 (42,90%)	14 (87,50%)	52 (71,20%)
Masculino	15 (30,0%)	4 (57,10%)	2 (12,50%)	21 (28,80%)
Idade	44,40 ± 8,99	46,29 ± 7,57	50,49 ± 10,04	46,16 ± 9,34
IMC				
Abaixo do peso (< 18,5)	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
Eutrófico (18,6 – 24,9)	13 (26,0%)	1 (14,28%)	4 (25,0%)	18 (24,65%)
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	18 (36,0%)	3 (42,85%)	8 (50,0%)	29 (39,72%)
Obesidade grau I (30,0 – 34,9)	11 (22,0%)	0 (0,0%)	4 (25,0%)	15 (20,54%)
Obesidade grau II (35,0 – 39,9)	4 (8,0%)	1 (14,28%)	0 (0,0%)	5 (6,84%)
Obesidade grau III (> 40)	3 (6,0%)	2 (28,57%)	0 (0,0%)	5 (6,84%)
Nível de instrução				
Fundamental completo	2 (4,0%)	1 (14,3%)	0 (0,0%)	3 (4,1%)
Ensino médio completo	10 (20,0%)	2 (28,6%)	7 (43,8%)	19 (26,0%)
Superior incompleto	7 (14,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (9,6%)
Superior completo	31 (62,0%)	4 (57,1%)	9 (56,3%)	44 (60,3%)
Cargo				
Agente Administrativo	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
Assistente Social	2 (4,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	3 (4,10%)
Auxiliar de Enfermagem	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (12,50%)	2 (2,73%)
Auxiliar de Serviços Gerais	3 (6,0%)	1 (14,28%)	0 (0,0%)	4 (5,47%)
Cozinheiro	6 (12,0%)	1 (14,28%)	2 (12,50%)	9 (12,32%)
Diretor de Unidade de Ensino	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)
Educador de Desenvolvimento Infantil	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,73%)
Fonoaudiólogo	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
Guarda Municipal (I, II e III)	7 (14,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	7 (9,58%)
Inspetor de alunos	3 (6,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,10%)
Motorista	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)
Oficial De Administração	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	2 (2,73%)
Operador Social	0 (0,0%)	1 (14,28%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
Professor adjunto (I e II)	8 (16,0%)	0 (0,0%)	5 (31,25%)	13 (17,80%)
Professor de educação básica (I e II)	12 (24,0%)	3 (42,85%)	1 (6,25%)	16 (21,91%)
Recepcionista Bilíngue	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)
Técnico de Enfermagem	4 (8,0%)	1 (14,28%)	0 (0,0%)	5 (6,84%)
Torneiro Mecânico	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)
Tempo de prefeitura	11,96 ± 8,43	9,57 ± 3,82	14,75 ± 9,74	12,34 ± 8,47

Fonte: elaborada pela autora de acordo com os dados dos prontuários

As causas dos afastamentos também são diversas conforme tabela 2, onde são apresentados os dados com valor total e porcentagem dos servidores por grupo, porém em todos os grupos, a maior causa de afastamento foi a dorsalgia (CID M54), com 34,0% no grupo 1, 71,42% no grupo 2 e 56,25% no grupo 3. No grupo 1, a segunda maior causa de afastamento foram outros transtornos de discos intervertebrais representando 16,0% dos afastamentos, no grupo 2 as dorsopatias vem seguidas de outros transtornos de discos intervertebrais e lesões de ombro, cada uma delas representando 14,28% do total de afastamentos. No grupo 3, a dorsopatias vem seguida de outros transtornos de discos intervertebrais e outras entesopatias, ambas representado 12,5% dos afastamentos.

Tabela 2. CID por grupo

Grupos	1	2	3	Total
M17 – Gonartrose	3 (6,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,10%)
M18 – Artrose da primeira articulação carpometacarpiana	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M19 – Outras artroses	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M23 – Transtornos internos do joelho	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M24 – Outros transtornos articulares específicos	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M25 – Outros transtornos articulares não classificados em outra parte	4 (8,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	4 (5,47%)
M32 – Lúpus eritematoso disseminado	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,73%)
M43 – Outras dorsopatias deformantes	1 (2,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	2 (2,73%)
M46 – Outras espondilopatias inflamatórias	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M51 – Outros transtornos de discos intervertebrais	8 (16,0%)	1 (14,28%)	2 (12,5%)	11(15,06 %)
M53 – Outras dorsopatias não classificadas em outra parte	1 (2,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (1,36%)
M54 – Dorsalgia	17 (34,0%)	5 (71,42%)	9 (56,25%)	31 (42,46%)
M55 – Compressões das raízes nervosas e dos plexos nervosos em doenças classificadas em outra parte	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)
M65 – Sinovite e tenossinovite	3 (6,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	3 (4,10%)
M75 – Lesões de ombro	4 (8,0%)	1 (14,28%)	0 (0,0%)	5 (6,84%)
M76 – Entessopatia de membros inferiores, excluindo pé	2 (4,0%)	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (2,73%)
M77 – Outras entessopatias	0 (0,0%)	0 (0,0%)	2 (12,5%)	2 (2,73%)
M79 – Outros transtornos de tecidos moles não classificados em outras partes	0 (0,0%)	0 (0,0%)	1 (6,25%)	1 (1,36%)

Fonte: elaborada pela autora de acordo com os dados dos prontuários

6.1 Escala Visual Analógica da Dor (EVA)

As variáveis da dor por região corporal, avaliadas pela EVA estão descritas na tabela 3, apresentando os dados com média e desvio padrão por grupos. Quando comparamos o grupo 3 com os demais grupos, percebemos uma diferença clinicamente significativa na dor nas regiões do pescoço, parte superior das costas, quadril e coxa e joelhos, com no mínimo dois pontos de diferença na escala de dor (CHILDS; PIVA; FRITZ, 2005).

A região do pescoço possui a pontuação $3,31 \pm 3,91$ no grupo 3 e $1,14 \pm 3,02$ no grupo 2. Na região parte superior das costas, o grupo 3 pontua $3,31 \pm 3,91$ e o grupo 1 pontua $3,96 \pm 3,13$, não havendo diferença significativa entre si, porém o grupo 2 possui a pontuação de $1,14 \pm 3,02$, possuindo uma diferença clinicamente significativa quando comparada com os grupos 1 e 3. A região do quadril e coxa possui pontuação de $3,38 \pm 3,36$ no grupo 3 e de $3,36 \pm 3,39$ no grupo 1, não havendo diferença entre ambas, já o grupo 2, possui a pontuação de $1,43 \pm 2,99$, possuindo uma pontuação significativamente menor quando comparado ao grupo 1 e 3. A região dos joelhos apresenta a pontuação de $3,38 \pm 3,61$ no grupo 3 e $3,30 \pm 3,56$ no grupo 1, novamente não apresentando diferença significativa entre si, já o grupo 2 possui a pontuação de $5,86 \pm 3,85$, demonstrando-se significativamente maior que os grupos 1 e 3.

Tabela 3. Medida descritiva da variável da EVA

	Grupos		
	1	2	3
Pescoço	$2,36 \pm 3,13$	$1,14 \pm 3,02$	$3,31 \pm 3,91$
Ombros	$3,06 \pm 3,15$	$4,0 \pm 3,83$	$4,31 \pm 4,13$
Parte superior das costas	$3,96 \pm 3,13$	$1,14 \pm 2,04$	$3,38 \pm 4,01$
Cotovelos	$1,43 \pm 2,61$	$2,0 \pm 2,77$	$2,44 \pm 4,02$
Punho/mãos	$3,08 \pm 3,23$	$2,43 \pm 3,55$	$2,94 \pm 3,80$
Parte inferior das costas	$5,16 \pm 3,16$	$5,14 \pm 3,08$	$5,50 \pm 3,88$
Quadril/coxa	$3,36 \pm 3,39$	$1,43 \pm 2,99$	$3,38 \pm 3,95$
Joelhos	$3,30 \pm 3,56$	$5,86 \pm 3,85$	$3,38 \pm 3,61$
Tornozelo/pés	$3,26 \pm 3,69$	$3,86 \pm 4,85$	$3,0 \pm 3,41$

6.2 WHODAS 2.0

As variáveis dos domínios do WHODAS 2.0 estão descritos na tabela 4, apresentando os dados com média e desvio padrão por grupos. Os domínios avaliam a cognição,

mobilidade, auto-cuidado, relações interpessoais, atividades de vida e participação social respectivamente. A pontuação total e por domínios, nos mostram a incapacidade em cada um dos domínios e na funcionalidade como um todo, quanto maior a pontuação em cada domínio, maior o nível de incapacidade apresentada pelo servidor.

Quando comparamos o *score* total do questionário por grupos percebemos que o grupo 3 ($30,42 \pm 13,23$) e 1 ($30,46 \pm 16,44$), apresentam pontuações similares e que diferem mutuamente com o grupo 2 ($23,85 \pm 10,32$), que apresenta uma pontuação menor. Ao compararmos individualmente a pontuação de cada domínio, constatamos que os grupos 3 e 1 possuem a diferença máxima de 6,29 no domínio 2 (mobilidade) e que possuem resultados semelhantes em todas as categorias. Quando comparamos o grupo 3 ao grupo 2, constatamos uma diferença máxima de 13,26 pontos no domínio 2 (mobilidade), porém, os domínios 2 (mobilidade), 3 (auto-cuidado), 4 (relações interpessoais) e 6 (participação social) apresentam resultados com grande diferença de pontuação. Nos domínios 1 (cognição) e 5 (atividades de vida) não apresentam grandes diferenças entre todos os grupos.

Tabela 4. Medida descritiva da variável WHODAS 2.0

	Grupos		
	1	2	3
Domínio 1	$19,57 \pm 19,61$	$14,88 \pm 20,25$	$15,89 \pm 15,31$
Domínio 2	$38,40 \pm 24,32$	$31,43 \pm 17,96$	$44,69 \pm 26,11$
Domínio 3	$20,38 \pm 19,47$	$8,93 \pm 9,45$	$17,97 \pm 19,48$
Domínio 4	$12,90 \pm 14,40$	$5,71 \pm 7,32$	$10,0 \pm 17,22$
Domínio 5	$47,25 \pm 26,73$	$47,32 \pm 22,49$	$50,98 \pm 26,90$
Domínio 6	$44,06 \pm 23,81$	$34,82 \pm 22,49$	$42,97 \pm 24,03$
Score Total	$30,46 \pm 16,44$	$23,85 \pm 10,32$	$30,42 \pm 13,23$

As variáveis descritivas das questões H1 (em geral, nos últimos 30 dias, por quantos dias essas dificuldades estiveram presentes?), H2 (nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve completamente incapaz de executar duas atividades usuais ou de trabalho por causa de sua condição de saúde?) e H3 (nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você diminuiu ou reduziu suas atividades usuais ou de trabalho por causa de alguma condição de saúde?) são apresentadas na tabela 5, apresentando os dados com média e desvio padrão por grupos.

Ao comparar os dados obtidos em H1 entre os três grupos, podemos perceber que quanto maior o tempo de afastamento do servidor, maior o período de dias por mês em que as

dificuldades se apresentam. Em H2 e H3, constatamos que a incapacidade de realizar suas tarefas usuais ou de trabalho ou a necessidade de reduzir as mesmas, aumentam conforme o maior tempo de afastamento do serviço.

Tabela 5. Medida descritiva das variáveis H1, H2 e H3.

	Grupos		
	1	2	3
H1	17,68 ± 11,36	20,71 ± 10,97	26,25 ± 8,66
H2	6,94 ± 8,70	13,14 ± 10,37	14,88 ± 11,53
H3	11,54 ± 10,32	16,57 ± 11,10	20,94 ± 10,83

A tabela 6 demonstra que houve diferença significativa entre o grupo 3 e o grupo 1 nas variáveis H1, H2 e H3, segundo o modelo de análise de variância com um valor fixo e o método de comparações múltiplas de Tukey.

Tabela 6. Comparações das variáveis H1, H2 e H3 do WHODAS 2.0.

		H1	H2	H3
2	1	0,766	0,246	0,464
3	1	0,019	0,013	0,007
3	2	0,499	0,915	0,631

6.3 Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (QNSO)

Para verificar se existe associação entre a variável Grupo e as variáveis Categóricas de interesse, foi feito o teste exato de Fisher. Os resultados estão apresentados a seguir e permitem dizer que houve associação entre Grupo e as variáveis Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas (como dor, formigamento/dormência); [Pescoço], Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer); [Joelhos] e Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [Joelhos].

Tabela 7. Resultado do Teste de Fisher para o Questionário Nórdico para Sintomas Osteomusculares

Variáveis	Nível descritivo
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [PESCOÇO]	0,009
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [OMBROS]	0,576
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [SUPERIOR DAS COSTAS]	0,201
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [COTOVELOS]	0,561
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [INFERIOR DAS COSTAS]	0,656
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [PUNHOS/MÃOS]	0,571
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [QUADRIS/COXAS]	0,165
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas [JOELHOS]	0,116
Questão 1: nos últimos 12 meses você teve problemas	0,758
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [PESCOÇO]	0,841
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [OMBROS]	0,733
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [SUPERIOR DAS COSTAS]	0,484
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [COTOVELOS]	0,514
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [INFERIOR DAS COSTAS]	0,293
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [PUNHOS/MÃOS]	0,623
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [QUADRIS/COXAS]	0,460
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [JOELHOS]	0,008
Questão 2: nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais [PÉS/TORNOZELOS]	0,665
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [PESCOÇO]	0,361
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [OMBROS]	0,446
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [SUPERIOR DAS COSTAS]	0,257
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [COTOVELOS]	0,167
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [INFERIOR DAS COSTAS]	0,438
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [PUNHOS/MÃOS]	0,382
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [QUADRIS/COXAS]	0,518
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [JOELHOS]	0,063
Questão 3: nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional de saúde (médico, fisioterapeuta) por conta desta condição de saúde? [PÉS/TORNOZELOS]	0,792
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [PESCOÇO]	0,373
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [OMBROS]	0,099
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [SUPERIOR DAS COSTAS]	0,487
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [COTOVELOS]	0,514
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [INFERIOR DAS COSTAS]	0,130
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [PUNHOS/MÃOS]	1,000
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [QUADRIS/COXAS]	0,361
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [JOELHOS]	0,001
Questão 4: nos últimos 7 dias você teve algum problema [PÉS/TORNOZELOS]	0,291

6.3 Análise de Variância

Para estudar o comportamento das variáveis numéricas em relação aos grupos, foi empregado o modelo de análise de variância com um fator fixo e o método de comparações múltiplas de Tukey. Os resultados apresentados a seguir e permitem afirmar que houve diferença entre o grupo 3 e o grupo 1 para as variáveis H1, H2 e H3.

Tabela 8. Resultados da análise de variância para cada variável de interesse

Variáveis	Nível descritivo
EVA [PESCOÇO]	0,336
EVA [OMBROS]	0,407
EVA [Parte superior das costas]	0,106
EVA [COTOVELO]	0,420
EVA [PUNHO/MÃOS]	0,891
EVA [Parte inferior das costas]	0,936
EVA [QUADRIL/COXAS]	0,381
EVA [JOELHOS]	0,214
EVA [TORNOZELOS/PÉS]	0,881
H1	0,026
H2	0,011
H3	0,009
Score Total (%)	0,560
Domínio 1 (%)	0,699
Domínio 2 (%)	0,455
Domínio 3 (%)	0,322
Domínio 4 (%)	0,426
Domínio 5 (%)	0,908
Domínio 6 (%)	0,630

7. DISCUSSÃO

Esse trabalho teve como objetivo comparar a funcionalidade e a dor em servidores da Prefeitura Municipal de Santos afastados por CID M, que corresponde às doenças do sistema musculoesquelético e do tecido conjuntivo. A amostra do estudo foi homogênea, sendo ela majoritariamente constituída por pessoas do sexo feminino, com média de idade de 46,16 anos, em sua maioria com IMC entre 25 e 29,9, indicando a faixa de sobrepeso, possuindo ensino superior completo e com tempo de prefeitura semelhante, de, em média, 12,34 anos. Suas maiores variações foram encontradas na causa do afastamento, sendo predominantemente por dores na coluna (CID M50 a 59.9) e no cargo, sendo, em sua maioria professores (adjunto I e II e de educação básica I e II).

Não foi encontrada diferença significativa entre os grupos nos quesitos funcionalidade, avaliada pelo questionário WHODAS 2.0. No quesito incapacidade relacionada à dor, avaliado pelo Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares foi encontrada associação entre a variável Grupo e as questões: 1 (pescoço), 2 (joelhos) e 3 (joelhos).

Na questão 1 (nos últimos 12 meses você teve problemas como dor e formigamento) no pescoço, 13 dos 16 participantes do grupo 3 relatam terem apresentado dor no pescoço, dos servidores que relatam ter a dor no pescoço nos últimos 12 meses, a maioria foi afastada por distúrbios da coluna (CID M50.0 a M59.9). O total de servidores que responderam “sim” a essa pergunta foi de 39, o que representa mais da metade de toda a amostra coletada.

Quando avaliamos a questão 2 (nos últimos 12 meses, você foi impedido de realizar atividades normais?) por dor nos joelhos a maior parte dos servidores estão no grupo 1, isso pode ocorrer pela dor em no joelho ser altamente incapacitante, principalmente na mobilidade, fazendo com que o indivíduo busque tratamento como demonstra a questão 3 (nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da saúde?) nos joelhos, onde novamente, prevaleceu servidores do primeiro grupo.

Em uma população com causas de afastamentos tão ampla, o questionário WHODAS 2.0 não foi sensível na diferenciação dos grupos, nestes casos, pode se tornar necessário a utilização de outros questionários específicos para cada região corporal. Para a região da coluna cervical, pode ser utilizado o Índice de Incapacidade Cervical, que, segundo Johnston et al. (2008) nos direciona à melhores formas de prevenção e tratamento de dores cervicais em trabalhadores. Para a avaliação da região do joelho, pode ser utilizado o *Cincinnati Knee*

Rating System, que, segundo Grego (2010) é eficaz na avaliação da funcionalidade do em pacientes com lesões na região do joelho.

Em relação à dor, avaliada pela Escala Visual Analógica (EVA) de dor, considerando uma melhora significativa no quesito dor da diminuição de dois pontos (CHILDS; PIVA; FRITZ, 2005). Usando o grupo 3 como referência, por motivos de que esse grupo integra o programa de gestão de afastamentos e pelo programa buscar passar a acompanhar os trabalhadores se afastem por mais de 90 dias, encontramos uma diferença significativa entre os grupos 3 e 2 na região do pescoço, na parte superior das costas e joelhos. Quando comparamos o grupo 3 com o grupo 1 não encontramos diferença significativa da dor em nenhuma região. Ou seja, a dor, não é um dos fatores determinantes do tempo de afastamento por CID M nas demais regiões corporais, sendo semelhante nos casos agudos e crônicos.

Quando relacionamos a variável dor com a CIF, encontramos o código b280, que traz a dor como um fator incapacitante e a correlaciona com a EVA, onde b280.1 seria dor 0 a 2, b280.2 seria dor 3 a 5, b280.3 seria dor 6 a 9 e b280.4 dor 10 (OMS, 2004). Percebemos que segundo a divisão de dor pelo código da CIF, a dor é agrupada em grupos maiores que 2 pontos, o que seria considerada uma melhora clinicamente significativa, fazendo com a melhora da dor segundo a EVA não condiga, necessariamente, com a mudança de código da CIF.

O nível relação entre dor e funcionalidade, pode não ter demonstrado diferença significativa entre os grupos, pois, apesar da homogeneidade da amostra, a estrutura corporal afetada variava entre membros superiores, membros inferiores e tronco, e a incapacidade se relaciona com as diferentes regiões corporais afetadas. Para melhor avaliar essa relação, deveria ser comparado o Score Final do WHODAS 2.0 por grupos de CID que afetam a mesma região corporal, podendo assim, verificar em qual região corporal a dor se torna mais incapacitante. Por sua vez, o CID nem sempre indica qual a estrutura corporal acometida, incapacitando o agrupamento completo das doenças por região corporal e não permitindo que seja avaliada quais incapacidades cada doença compromete.

Na população estudada, percebemos a prevalência da dorsalgia (CID M54), representando 42,46% do total de afastamento da amostra, seguido por outros transtornos do disco intervertebral (CID M51), representando 15,06% de todos os afastamentos e finalmente as lesões de ombro (CID M75) representando 6,84% dos afastamentos. Filho & Silva (2011), encontram dados semelhantes ao avaliar as maiores causas de afastamentos no Brasil nos anos de 2005 a 2007, onde a maior causa é a dorsalgia (CID M 54), a segunda maior causa de afastamento por doenças musculoesqueléticas se dá por outros transtornos do disco

intervertebral (CID M51) e a terceira maior causa musculoesquelética, diferenciando da amostra deste estudado é a gonartrose (M17).

A avaliação de incapacidade, realizada pelo WHODAS 2.0, não apresentou diferença clinicamente significativa entre os grupos, o que dificulta as ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. A pontuação total do questionário foi de 30,46 no grupo 1, $23,85 \pm 10,32$ no grupo 2 e $30,42 \pm 13,23$ no grupo 3, sendo uma pontuação próxima da encontrada por Van Tubergen (2003), em pacientes com espondilite anquilosante, onde a pontuação total média foi de $29,90 \pm 12,11$ e Chwastiak & Von Korff (2003), que encontraram uma pontuação total média de $22,75 \pm 15,90$ para pacientes com dor nas costas. Ao compararmos com a pontuação total média em pacientes transtornos psicológicos, Chi (2014) encontra resultados que variam de $61,42 \pm 23,32$ em pacientes com demência, $33,10 \pm 20,15$ em pacientes com autismo e $6,4 \pm 8,6$ em pessoas sem nenhuma doença.

Essa diferença na média da pontuação total do questionário pode ser causada pelo fato que, quando comparada aos pacientes com dor nas costas, pode se dar pelos diferentes causas de afastamentos, onde, cada causa pode levar a diferentes níveis de incapacidade. Em nossa amostra podemos observar pacientes com altos níveis de incapacidades, principalmente os que apresentam afastamento por gonartrose (CID M17), transtornos internos dos joelhos (CID M23), sinovite e tenossinovite (CID M65) e fibromialgia (CID M79), além de outras dorsopatias deformantes (CID M43). Nos casos em que a região afetada foi o joelho percebemos que a média nos domínios 2 (mobilidade), 5 (atividades de vida) e 6 (participação social) estão aumentadas, nos levando a acreditar que, apesar de não haver grandes alterações nas questões de interação social, as lesões de joelho levam à uma perda acentuada de funcionalidade.

Nos casos de sinovite e tenossinovite, não é possível assegurar a região afetada, porém os domínios com maiores pontuações foram o 5 (atividades de vida) e 6 (participação social), a impossibilidade de separar esses pacientes por região do corpo afetada, faz com que seja difícil entender qual a causa do aumento da pontuação em tais domínios. Nos pacientes afastados por fibromialgia (CID M79) teve uma alta média em todos os domínios, com predomínio do domínio 2 (mobilidade) e 5 (atividades de vida), isso pode se dar pela dor generalizada causada pela doença, causando incapacidades em todos os domínios.

O domínio 5, que avalia a atividades de vida, foi o domínio que apresentou a maior média no grupo 3, pontuando $50,98 \pm 26,90$, uma média alta quando comparada com os resultados de Chwastiak e Von Korff (2003), que apresentou uma média de $36,45 \pm 25,20$ em pacientes com dor nas costas. Nesse domínio, são avaliadas tarefas da vida diária e trabalho,

foi encontrada maior nível de incapacidade nas questões D5.5 (qual a dificuldade em realizar as atividades), D5.6 (qual a dificuldade em realizar bem as atividades mais importantes do trabalho?), D5.7 (qual a dificuldade em fazer todo o trabalho que precisava?) e D5.8 (qual a dificuldade em realizar todo o trabalho no tempo necessário) relacionadas ao trabalho.

Em nosso estudo, por se tratar de trabalhadores afastados, a média se apresenta maior que a da população com dor nas costas apresentada por Chwastiak & Von Korff (2003), e isso parece ser causado por nossa amostra ser composta de trabalhadores afastados do serviço, sendo assim, ela se mostra condizente com o que acreditamos, pois a incapacidade que leva ao afastamento do serviço deve ser alta.

O domínio 2 – mobilidade – possui uma pontuação média de $44,69 \pm 26,11$ no grupo 3, uma pontuação alta quando comparado ao encontrado por Chwastiak e Von Korff (2003) para pacientes com dor nas costas, que apresentaram a pontuação média de $31,09 \pm 24,10$. Chi (2014) apresenta a pontuação entre $66,79 \pm 30,53$ para pacientes com lesão medular, $10,33 \pm 18,75$ para pacientes com retardo mental e $3,4 \pm 10,70$ em pessoas sem nenhuma doença.

Neste domínio, as questões com maiores pontuações foram a D2.1 (qual a sua dificuldade em ficar em pé por longos períodos como 30 minutos) e D2.5 (qual a sua dificuldade em andar por longas distâncias como um quilômetro), nessas questões, as maiores pontuações foram apresentadas por distúrbios no joelho (CID M17 e M23), além de distúrbios da coluna (CID M50.0 a M59.9). A pontuação alta, quando comparada com pacientes com dor nas costas, apresentados do Chwastiak e Von Korff (2003), se dá, provavelmente, pelo fato de haver outros distúrbios avaliados além de dor nas costas. Nesse caso, é necessária uma nova avaliação da população estudada, realizando uma divisão de grupos por motivo de afastamento.

Em seguida temos o domínio 6, avaliando a participação social, pontuando em média $42,97 \pm 24,03$ no grupo 3. Chwastiak e Von Korff (2003) encontraram uma média de $24,41 \pm 17,70$ para pacientes com dor nas costas e Chi (2014) apresentou dados entre $58,22 \pm 26,59$ para pacientes com lesão medular, $27,27 \pm 21,21$ em pacientes com perda auditiva e $15,2 \pm 16,0$ em participantes sem nenhuma doença.

No domínio 6, as questões que mais levaram a incapacidade foram D6.2 (quanta dificuldade você teve por causa de barreiras ou obstáculos no mundo à sua volta?) e D6.5 (quanto você tem sido emocionalmente afetado por sua condição de saúde), a questão D6.2 pode ser causada pela diferença nos países estudados, devido a falta de acessibilidade, diferenças no transporte público e vias para pedestres no Brasil.

O domínio 3, auto-cuidado, apresentou $17,97 \pm 19,48$ no grupo 3. Chwastiak e Von Korff (2003) apresentou a pontuação de $14,19 \pm 16,3$ para pacientes com dor nas costas e Chi (2014) apresentou pontuações entre $44,02 \pm 35,48$ em pacientes vítimas de acidente vascular encefálico, $6,53, \pm 15,19$ em pacientes com deficiência auditiva e $0,6 \pm 4,7$ em pessoas sem nenhuma doença.

Neste domínio, as maiores incapacidades foram vistas na questão D3.4 (qual a sua dificuldade em ficar sozinho sem a ajuda de outras pessoas por alguns dias), predominantemente em servidores com dor nas costas (CID M50.0 a M59.9) e com fibromialgia. Essa questão demonstra que mesmo sem haver grandes incapacidades em vestir-se, tomar banho e comer, esses servidores se tornam dependentes de outras pessoas, não podendo permanecer sozinhos por longos períodos de tempo.

O próximo domínio foi o 1, que avalia a cognição, com pontuação média de $15,89 \pm 15,31$ no grupo 3. Chwastiak e Von Korff (2003) apresentaram o valor de $13,99 \pm 14,50$ em pacientes com dor nas costas, já Chi (2014) apresenta pontuações médias entre $70,07 \pm 27,24$ em pacientes com demência e $24,03 \pm 23,83$ em pacientes com deficiência visual e $5,9 \pm 11,6$ em pessoas sem doenças. O domínio com menor pontuação foi o 4, que avalia as relações interpessoais, com uma média de $10,0 \pm 17,22$ no grupo 3, Chwastiak e Von Korff (2003) encontrou $12,79 \pm 18,30$ em pacientes com dor nas costas, Chi (2014) apresenta dados entre $70,84 \pm 29,82$ em pacientes demenciados, $30,81 \pm 29,12$ em pacientes com deficiência visual e $3,5 \pm 9,8$ em pessoas sem nenhum tipo de deficiência.

Comparando nossos dados com os dados de Chwastiak e Von Korff (2003), podemos observar pontuações, total e por domínios, próximas, apesar de nosso estudo avaliar doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo como um todo (CID M00 a M99.9) e Chwastiak & Von Korff (2003) avaliarem apenas dor nas costas (CID M 50.0 a M59.9). Essa semelhança se dá pela avaliação de uma população com doenças musculoesqueléticas, que acometem, majoritariamente, a função corporal.

Quando comparamos com os dados de Chi (2014), percebemos que em doenças psicológicas, os domínios com maiores médias diferem dos nossos resultados, principalmente por essas doenças afetarem a interação social e o convívio com a sociedade. Além disso, em pessoas sem nenhum tipo de acometimento, podemos perceber que há uma grande diferença nas pontuações de todos os domínios e também total, quando comparados com pacientes de qualquer tipo de acometimento.

Nas variáveis H1, H2 e H3 do questionário WHODAS 2.0, encontramos uma diferença no tempo de afastamento nos grupos, isso se dá, pela divisão dos grupos ter sido

pensada de acordo com o tempo, devido à necessidade do serviço em dividir os afastamentos. Essas variáveis não são encontradas na literatura, principalmente porque não avaliam a funcionalidade e incapacidade, que é a proposta do questionário. Além disso, essas questões possuíram difícil compreensão por parte dos servidores que responderam o questionário, gerando dúvidas constantes em como responde-las.

Ao compararmos os resultados do presente estudo com Parigi (2016) percebemos que o WHODAS 2.0 não avalia a funcionalidade e incapacidade de servidores afastados por CID M00 a M99.9 de forma eficaz, diferentemente do HAQ e WHOQOL-BREF. A autora avaliou servidores afastados da PMS por distúrbios da coluna vertebral (CID M50.0 a M59.9) com o *Health Assessment Questionnaire* (HAQ) e *World Health Organization Quality of Life Assessment – short version* (WHOQOL-BREF) e concluiu que trabalhadores da Prefeitura Municipal de Santos afastados por licença médica motivada por distúrbios osteomusculares da coluna vertebral possuem alterações de funcionalidade, sendo os afastamentos prolongados determinantes de piores situações de saúde, ao comparar os grupos de acordo com o tempo de afastamento. Tais diferenças nos resultados podem ser causadas pelo tamanho da amostra do dado trabalho, pela falta de estudos com a mesma população para cálculo amostral, assim como pela variação de estruturas corporais acometidas na amostra.

Para maiores resultados com essa finalidade, deve ser dada a continuidade nessa pesquisa, realizando a validação do instrumento WHODAS 2.0 para a população de servidores com distúrbios musculoesqueléticos e do sistema conjuntivo, a validação do instrumento será realizada após a coleta ser realizada em uma população de no mínimo 100 servidores. Após a validação do instrumento, essa pesquisa pode ser realizada novamente com a exclusão do grupo 2, mantendo os afastamentos maiores e menores que 90 dias e ser realizado o cálculo amostral para a população.

Também deve ser realizada a separação dos grupos por regiões corporais, pois quando aplicamos um questionário para uma população com muitas regiões corporais afetadas, tornam os grupos muito diferentes entre si, fazendo com que a avaliação não seja eficaz para ser utilizada no serviço de afastamentos da PSM.

O objetivo do projeto de pesquisa guarda-chuva – Avaliação Funcional dos trabalhadores da Prefeitura de Santos – é identificar quais instrumentos possuem maior sensibilidade em avaliar as incapacidades e funcionalidade dos trabalhadores afastados por CID M00 a M99.9 da PMS, assim como quais são de mais fácil entendimento e fácil aplicação, para que possam ser integrados na rotina do serviço de afastamentos, uma vez que os dados hoje disponíveis são restritos a doenças e ao tempo de afastamento.

No caso do WHODAS 2.0, percebemos que é um questionário muito extenso, com partes complexas e, segundo relatos dos servidores, com questões invasivas, todos esses motivos, fazem com que seja difícil implementar a utilização do questionário como rotina do serviço. A escolha do WHODAS 2.0 se deu por ser um questionário que se propõem a avaliar a funcionalidade e as incapacidades com uma ligação direta com a CIF e por ser proposto pela OMS.

Diversos motivos podem ser a causa da falta de resultados encontrados nesse estudo, como a amostra diferente em cada um dos grupos, a diversidade de doenças incluídas no CID M ou por razões do próprio questionário. Porém, com a amostra do presente estudo, o WHODAS 2.0 não se mostra eficiente na avaliação de funcionalidade na população estudada de acordo com o tempo de afastamento e nem trás informações relevantes para o programa de gestão de afastamento.

8. CONCLUSÃO

A conclusão do presente estudo é de que o questionário WHODAS 2.0 não apresenta diferenças na pontuação da incapacidade quando avaliamos os servidores afastados da Prefeitura Municipal de Santos por doenças do sistema osteomuscular e do tecido conjuntivo de acordo com o tempo de afastamento, sendo assim, não demonstra ser eficaz para o uso no programa de gestão de afastamentos.

Para encontrar maior eficácia do questionário, o mesmo pode ser reavaliado com a amostra igual de todos os grupos, assim como, com uma divisão de grupos por estrutura corporal acometida. Além disso, o questionário deve ser validado para a população estudada.

9. REFERÊNCIAS

AGHILINEJAD, M. et al. Prevalence of Musculoskeletal Disorders among Iranian Steel Workers. **IranianRedCrescent Medical Journal**, [S.l.], 2012.

ARAÚJO, E. S.; BUCHALLA, C. M. Utilização da CIF em Fisioterapia do trabalho: uma contribuição para coletas de dados sobre funcionalidade. **Acta Fisiatr.**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1-7, 2013.

BRASIL. Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador. Centro de Vigilância Sanitária. **Saúde do Trabalhador no Estado de São Paulo: Balanço da Gestão Atual**. São Paulo, SP: Divisão de Vigilância em Saúde do Trabalhador, 2014.

BRASIL. Lei n. 8.213, de 24 de jul. de 1991. Da Finalidade e dos Princípios Básicos Da Previdência Social. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, jul. 1991.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Ministério do Trabalho e Emprego. **Anuário Estatístico de Acidentes do Trabalho: AEAT 2015: v. 1 (2009)**. Brasília, DF. Ministério do Trabalho e Emprego, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde do Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho: manual de procedimentos para os serviços de saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde do Brasil, Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil, 2001.

BARON, M. et al. The clinimetric properties of the world health organization disability assessment schedule II in early inflammatory arthritis. **Arthritis & Rheumatism**, [S.l.], v. 59, n. 3, p. 382-390, 2008.

CHI, W. et al. Measuring Disability and Its Predicting Factors in a Large Database in Taiwan Using the World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0. **International Journal Of Environmental Research And Public Health**, [S.l.], v. 11, n. 12, p.12148-12161, nov. 2014.

CHILDS, J. D.; PIVA, S. R.; FRITZ, J. M. Responsiveness of the Numeric Pain Rating Scale in Patients with Low Back Pain. **Spine**, [S.l.], v. 30, n. 11, p.1331-1334, jun. 2005.

CHWASTIAK, L. A.; VON KORFF, M. Disability in depression and back pain: evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. **J ClinEpidemiol.**, [S.l.], 2003.

CODOGNO, J. S. et al. Associação entre distúrbios musculoesqueléticos e gastos com cuidado à saúde entre pacientes do Sistema Único de Saúde. **Medicina (Ribeirão Preto. Online)**, [S.l.], v. 48, n. 2, p.143-151, 26 abr. 2015.

COCKELL, F. F.; AVEIRO, M. C.; BAGATELLI, S. B. Interação entre o ensino e serviço na gestão de afastamentos por distúrbios musculoesqueléticos: funcionalidade e incapacidade. In: CORDEIRO, E. S.; BIZ, M. C. P (Orgs.). **Implantando a CIF: o que acontece na prática?** Rio de Janeiro, RJ: Wak Editora, 2017. p. 113-134.

COSTA, B. R. da; VIEIRA, E. R. Risk factors for work-related musculoskeletal disorders: a systematic review of recent longitudinal studies. **American Journal Of Industrial Medicine**, [S.l.], p.1-2, 2009.

DELLA TOGNA, G. R. **Aplicabilidade da CID-10, CID-OE e CIF na análise dos afastamentos do trabalho por motivo odontológico em um serviço público federal**. 2010. 75 f. Dissertação (Mestrado) – Curso de Odontologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

ESCORPIZO, R. et al. Harmonizing WHO's International Classification of Diseases (ICD) and International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): importance and methods to link disease and functioning. **BmcPublic Health**, [S.l.], v. 13, n. 1, 12 ago. 2013.

FILHO, N. M., SILVA, G. A. Invalidez por dor nas costas entre segurados da Previdência Social do Brasil. **Revista de SaúdePública**, [S.l.], 2011.

GRECO, N. J. et al. Responsiveness of the International Knee Documentation Committee Subjective Knee Form in Comparison to the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index, Modified Cincinnati Knee Rating System, and Short Form 36 in Patients with Focal Articular Cartilage Defects. **The American Journal Of Sports Medicine**, [S.l.], v. 38, n. 5, p.891-902, maio 2010.

HANGA, K.; DINITTO, D.; LEPPIK, L. Initial assessment of rehabilitation needs using the WHODAS 2.0 in Estonia. **Disability And Rehabilitation**, [S.l.], v. 38, n. 3, p.260-267, abr. 2015.

KAMPER, S. J. et al. Multidisciplinary biopsychosocial rehabilitation for chronic low back pain. **Cochrane Database Of Systematic Reviews**, [S.l.], set. 2014.

HARCOMBE, H. et al. Prevalence and impact of musculoskeletal disorders in New Zealand nurses, postal workers and office workers. **Australian And New Zealand Journal Of Public Health**, [S.l.], v. 33, n. 5, p.437-441, out. 2009.

JOHNSTON, V. et al. Associations between individual and workplace risk factors for self-reported neck pain and disability among female office workers. **Applied Ergonomics**, [S.l.], v. 39, n. 2, p.171-182, mar. 2008.

KRELING, M. C. G. D. et al. Prevalência de dor crônica em adultos. **Revista Brasileira de Enfermagem**, [S.l.], v. 59, n. 4, p.509-513, ago. 2006.

KUORINKA, I. et al. Standardised Nordic questionnaires for the analysis of musculoskeletal symptoms. **Applied Ergonomics**, [S.l.], v. 18, n. 3, p.233-237, set. 1987

KUTLAY, Ş. et al. Validation of the World Health Organization disability assessment schedule II (WHODAS-II) in patients with osteoarthritis. **Rheumatology International**, [S.l.], v. 31, n. 3, p.339-346, 18 dez. 2009.

LIN, R.; CHAN, C. Effectiveness of workstation design on reducing musculoskeletal risk factors and symptoms among semiconductor fabrication room workers. **International Journal Of Industrial Ergonomics**, [S.l.], v. 37, n. 1, p.35-42, jan. 2007.

LIMA, M.A.G. et al. Avaliação da funcionalidade dos trabalhadores com LER/DORT: a construção do Core Set da CIF para LER/DORT. **ActaFisiátr.**, [S.l.], 2008.

MEESTERS, J. J. L. et al. Validity and responsiveness of the World Health Organization Disability Assessment Schedule II to assess disability in rheumatoid arthritis patients. **Rheumatology**, [S.l.], v. 49, n. 2, p.326-333, 1 dez. 2009.

NETER, J. et al. (1996). **Applied Linear Statistical Models**. Irwin.

[OMS] Organização Mundial da Saúde, CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Tradução e revisão Amélia Leitão. 2004.

[OMS] Organização Mundial da Saúde, Avaliação de Saúde e Deficiência: Manual do WHO Disability Assessment Schedule (WHODAS 2.0). Tradução OSTERBROCK, C *et al.* Revisão CASTRO S. S.; LEITE, C.F. 2010.

ORANYE, N. O.; BENNETT, J. Prevalence of work-related musculoskeletal and non-musculoskeletal injuries in health care workers: the implications for work disability management. **Ergonomics**, [S.l.], p. 1-12, ago. 2017.

PARIGI, M. T. **Avaliação de funcionalidade em trabalhadores da prefeitura de Santos com distúrbios osteomusculares da coluna vertebral**. 2016. 50 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Universidade Federal de São Paulo, Santos, SP, 2016.

PINHEIRO, F. A.; TRÓCCOLI, B. T.; CARVALHO, C. V. Validação do Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares como medida de morbidade. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 36, n. 3, p.307-312, jun. 2002.

SALTYCHEV, M. et al. A study of the psychometric properties of 12-item World Health Organization Disability Assessment Schedule 2.0 in a large population of people with chronic musculoskeletal pain. **Clinical Rehabilitation**, [S.l.], v. 31, n. 2, p.262-272, 10 jul. 2016.

SAMPAIO, R. F. et al. Aplicação da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) na prática clínica do fisioterapeuta. **Rev Bras Fisioter.**, [S.l.], v. 9, p. 129-136, 2005.

SILVA, C. et al. Adaptação e validação do WHODAS 2.0 em utentes com dor musculoesquelética. **Revista de Saúde Pública**, [S.l.], v. 47, n. 4, p. 752-758, ago. 2013.

VALE, M. C. Classificação Internacional de Funcionalidade (CIF): conceitos, preconceitos e paradigmas.: Contributo de um construto para o percurso real em meio natural de vida. **Acta Pediatr Port**, Lisboa, Portugal, p. 229-236, 2009.

VAN TUBERGEN, A. Assessment of disability with the World Health Organisation Disability Assessment Schedule II in patients with ankylosing spondylitis. **Annals Of The Rheumatic Diseases**, [S.l.], v. 62, n. 2, p.140-145, 1 fev. 2003.

VAN TULDER, M. W.; KOES, B. W.; BOUTER, L. M. Conservative treatment of acute and chronic nonspecific low back pain. A systematic review of randomized controlled trials of the most common interventions. **Spine**, (Phila Pa 1976), 1997.

WALSH, I. A. P. et al. Capacidade para o trabalho em indivíduos com lesão musculoesquelética crônica. **Rev Saúde Pública**, [S.l.], v. 38, n. 2, p. 149-156, 2004.

[WHO] World Health Organization. **Physical status:** the use and interpretation of anthropometry. Report of a WHO Expert Committee. WHO Technical Report Series 854. Geneva: World Health Organization, 1995.

[WHO] World Health Organization. **ICD-10:** International statistical classification of diseases and related health problems. 10th revision, fifth edition, 2016.

YELIN, E. et al. A national study of medical care expenditures for musculoskeletal conditions: The impact of health insurance and managed care. **Arthritis & Rheumatism**, [S.l.], v. 44, n. 5, p.1160-1169, 2001.

YOUNUS, M. I. et al. Reliability and validity of the 12-item WHODAS 2.0 in patients with Kashin–Beck disease. **Rheumatology International**, [S.l.], p. 1-7, abr. 2017.

Apêndice 1 -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos servidores municipais

Você está sendo convidado a participar da pesquisa “Avaliação Funcional de trabalhadores da Prefeitura de Santos com distúrbios osteomusculares da coluna vertebral.” desenvolvida por acadêmicos de Fisioterapia da UNIFESP, regularmente matriculados e supervisionados pela docente Fernanda Flávia Cockell.

O projeto tem como objetivo principal avaliar a funcionalidade dos servidores afastados por licença médica ou reintegrados da Prefeitura Municipal de Santos, com os códigos CID M50 a 59.9, procurando acompanhar longitudinalmente o desempenho funcional, a capacidade funcional, deficiências, incapacidades e qualidade de vida, no período de cinco anos (2016 a2020).

Sua participação nesta pesquisa consistirá na participação das entrevistas fechadas sobre sua funcionalidade e qualidade de vida. Os instrumentos autopreenchidos ou respondidos aos pesquisadores ficam sob responsabilidade do responsável pela pesquisa a fim de preservar o sigilo das informações. Esta pesquisa será realizada sala de espera e nos grupos de promoção à saúde, sendo o tempo gasto de acordo com a sua disponibilidade.

O principal benefício para você é auxiliar na melhoria das ações de promoção à saúde realizadas pelo programa ComViver da Prefeitura Municipal de Santos e na adequação das atividades às suas necessidades individuais. Os riscos existentes relacionam com a possibilidade de você se sentir constrangido pelas informações dadas, não existindo risco para sua saúde.

Você poderá desistir desta pesquisa a qualquer momento e retirar seu consentimento, sem que isto tenha qualquer consequência negativa para você. Asseguro que todas as informações prestadas por você são sigilosas, sendo utilizadas apenas para esta pesquisa acadêmica e para publicações acadêmicas, mantendo sempre o seu anonimato, ou seja, as informações obtidas serão analisadas em conjunto com as de outros voluntários e a divulgação das informações enfatizará somente o conteúdo relatado, não sendo revelado seu nome ou identidade pessoal.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo e também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Se você tiver alguma pergunta para fazer sobre a pesquisa e sobre a sua participação, sinta-se à vontade para fazê-la em qualquer momento da pesquisa. Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em

Pesquisa (CEP) – Rua Botucatu, 572 – 1º andar – cj 14, 5571-1062, FAX: 5539-7162 – E-mail: cepunifesp@unifesp.br. O principal investigador é a Profa. Dra. Fernanda Flávia Cockell, podendo ser feito qualquer contato pessoalmente no Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva da Universidade Federal de São Paulo, campus Baixado Santista, via telefone (13) 33873700 ou por e-mail: fercockell@yahoo.com.br.

Caso se perceba qualquer risco ou dano a sua pessoa não prevista neste termo, as atividades desta pesquisa serão imediatamente suspensas. A sua participação na pesquisa não acarretará em nenhum gasto adicional para o(a) senhor(a). Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Declaro ter discutido com o entrevistador sobre a minha decisão em participar nesse estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFESP. Acredito ter sido suficientemente informado a respeito das informações que li ou que foram lidas para mim. Concordo voluntariamente em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidades ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

_____ Data ____/____/____

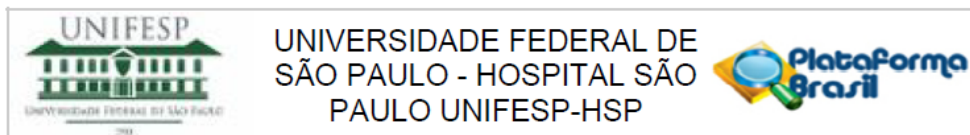
Assinatura do paciente/representante legal

_____ Data ____/____/____

Assinatura da testemunha

10. ANEXOS

Anexo A- Aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de São Paulo, parecer número 0056/2016.



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: Avaliação Funcional de trabalhadores da Prefeitura de Santos.

Pesquisador: Fernanda Flávia Cockell Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 52799815.5.0000.5505

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Paulo - UNIFESP/EPM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.705.130

Apresentação do Projeto:

Trata-se de emenda ao protocolo original

CEP/UNIFESP:0056/2016

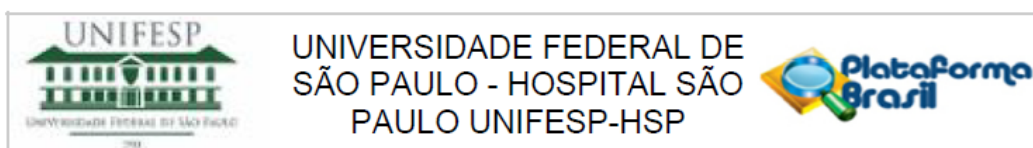
O presente projeto será uma estudo longitudinal, de natureza quanti-qualitativa, à medida que apresenta um duplo objetivo: investigar se os trabalhadores afastados da Prefeitura Municipal de Santos por um mesmo CID (Classificação Internacional de Doenças) possuem limitações semelhantes ou diferentes, em relação a funcionalidade e a qualidade de vida e avaliar se os instrumentos utilizados para investigar a capacidade e desempenho funcional conseguem diferenciar a incapacidade dos servidores, procurando propor instrumentos funcionais capazes de avaliar o desempenho dos trabalhadores afastados ou em adaptação, a partir da lista sugerida.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO: Esse trabalho tem como objetivo principal avaliar os níveis de funcionalidade dos servidores afastados por licença médica ou reintegrados da

Prefeitura Municipal de Santos, com os códigos CID M50 a 59.9 durante um período de cinco anos (2016 a 2020), procurando acompanhar longitudinalmente os diferentes domínios de funcionalidade e incapacidades existentes, bem como suas percepções e vivências.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.705.130

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conforme descrito nos pareceres iniciais

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de Trabalho de Iniciação Científica das alunas: alunas Mariana Tereza Parigi, Barbara Barreto Cavalcanti e Luisa Spinola Pereira Lemos, do Curso de Fisioterapia e Curso de Psicologia, Campus Baixada Santista. Projeto vinculado ao Departamento de Políticas Públicas e Saúde Coletiva, Campus Baixada Santista.

detalhamento da emenda

Solicito Emenda ao protocolo 0056/2016 para:

Em todo o projeto original onde estava escrito "CID M50 a M59.9" foi modificado para "CID M00 a M99". Não foram realizadas outras mudanças, não alterando os objetivos, metodologia ou ferramentas utilizadas e já aprovadas, nem alterando os riscos e benefícios inicialmente propostos. Foi realizada a alteração no TCLE apenas do intervalo dos códigos CID M.

A Classificação Internacional de Doenças (CID) aborda na categoria M os distúrbios musculoesqueléticos (DME) objetos do estudo. Assim, não será alterada a categoria previamente proposta e aceita pelo CEP/Unifesp.

A mudança do intervalo dos códigos se faz necessária uma vez que muitos trabalhadores com distúrbios musculoesqueléticos apresentam códigos de CID M inespecíficos, não incluídos no intervalo inicialmente proposto. Ademais, apresentam vários códigos diferentes para o mesmo problema. Nestes termos, se fecharmos os códigos apenas no intervalo M 50 a M 59.9, anteriormente sugerido, vários casos serão excluídos, dias de afastamentos não contabilizados e teremos um viés na pesquisa.

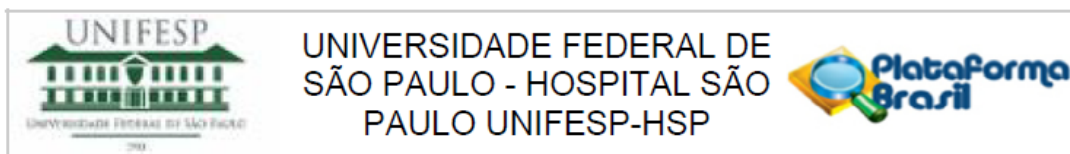
A ampliação do intervalo permitirá incluir todos os servidores afastados por distúrbios musculoesqueléticos que era o objeto do projeto. Com a ampliação do intervalo de códigos casos, inicialmente, com patologias musculoesqueléticas em membros inferiores ou superiores poderão ser incluídos recebendo, tardiamente, o encaminhamento como alteração da coluna vertebral.

1. Listar cada uma das solicitações e a respectiva justificativa.

Solicitação: Modificação do intervalo da Classificação Internacional de Doenças de CID M50 a M59.9" para "M00 a M99".

Justificativa: incluir todos os casos afastados por distúrbios musculoesqueléticos, classificados na categoria M da CID.

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
 Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
 UF: SP Município: SAO PAULO
 Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.705.130

Riscos: Os mesmos do projeto inicial, resumidos abaixo:

Os riscos existentes são relacionados a possibilidade dos trabalhadores se sentirem constrangidos por fornecerem informações, não existindo risco direto para a saúde dos mesmos. Ressaltamos que esta pesquisa não envolve procedimentos invasivos. Há possibilidade de risco, porém são mínimos. Destacamos como os principais: a possibilidade do trabalhador ficar ansiosos diante das questões sobre sua capacidade e qualidade de vida ou mesmo preocupado com a garantia do sigilo. Os riscos existentes relacionam, portanto, com a possibilidade dos entrevistados sentirem constrangidos pelas informações dadas."

2-- Citar que o relatório de atividades parciais já foi incluído na PB, ou citar que a pesquisa ainda não iniciada e, portanto não há atividades por relatar.

Foi realizada a alteração do intervalo dos códigos CID M. Em todo o projeto original aonde estava CID M 50 a 59.9, leia-se códigos CID M 00 a 99. Foram alterados no projeto e no TCLE apenas o intervalo dos códigos, sem modificar nenhuma outra informação. A mudança no intervalo dos códigos não altera a proposta do projeto, nem sua metodologia, nem objetivos, nem os riscos aos trabalhadores. Se faz necessária, pois muitos dos casos de distúrbios musculoesqueléticos (DMEs) recebem classificações diferentes de acordo com o especialista. Somente após o início do projeto, foi avaliado a necessidade de mudança, uma vez que servidores com problemas musculoesqueléticos tem até cinco códigos M distintos para o mesmo problema. Se fecharmos apenas no intervalo CID M50 a 59.9 proposto anteriormente, serão excluídos da pesquisa os casos com DMEs classificados como não especificados ou mesmo desconhecidos.

Continua-se apenas com a categoria M da CID-10, referente aos distúrbios musculoesqueléticos.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:
encaminhamento de emenda ao protocolo

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14			
Bairro: VILA CLEMENTINO	CEP: 04.023-061		
UF: SP	Município: SÃO PAULO		
Telefone: (11)5571-1062	Fax: (11)5539-7162	E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com	



UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SÃO PAULO - HOSPITAL SÃO
PAULO UNIFESP-HSP



Continuação do Parecer: 1.705.130

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

emenda ao protocolo

Considerações Finais a critério do CEP:

- O parecer do relator foi acatado pelo colegiado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_770671E1.pdf	12/08/2016 19:56:29		Aceito
Outros	emenda_plataformabrasil.pdf	12/08/2016 19:55:32	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	emenda_plataformabrasil.doc	12/08/2016 19:54:24	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo2_TCLEgruposfocais_EMENTA.docx	05/08/2016 07:26:17	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Anexo2_TCLEentrevistasfechadas_EMENTA.docx	05/08/2016 07:26:08	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_EMENTA_AGOSTO16.docx	05/08/2016 07:25:44	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	docente_cockell.jpg	21/12/2015 17:39:07	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Folha de Rosto	folharosto_assinado.pdf	21/12/2015 17:35:40	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	cep_insitucional_assinado.pdf	21/12/2015 17:35:18	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracao_alunas_IC.pdf	21/12/2015 17:30:23	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo12_ICT.docx	16/12/2015 21:14:36	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	anexo11_nordicoadaptado.doc	16/12/2015 21:13:43	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo10_Whodas.pdf	16/12/2015 21:13:17	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14

Bairro: VILA CLEMENTINO

CEP: 04.023-061

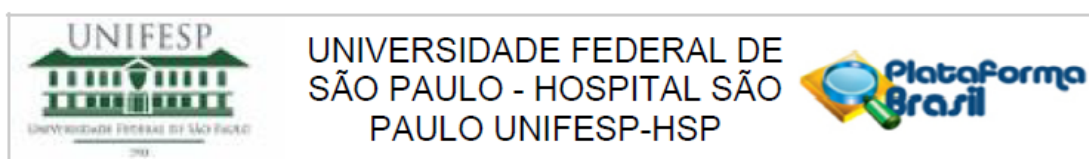
UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)5571-1062

Fax: (11)5539-7162

E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.705.130

Outros	Anexo9_Neck.pdf	16/12/2015 21:11:58	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo8_QHAQ.pdf	16/12/2015 21:10:48	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	anexo7_Indice_Oswestry.pdf	16/12/2015 21:09:48	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo6_RolandMorris.docx	16/12/2015 21:09:15	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo5_QWLQ_bref.docx	16/12/2015 21:08:59	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	Anexo4_WHOQOLbref.docx	16/12/2015 21:08:34	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	anexo3_SF36.doc	16/12/2015 21:08:10	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Outros	anexo1_autorizacao.jpg	16/12/2015 21:05:29	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	16/12/2015 21:04:23	Fernanda Flávia Cockell Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 31 de Agosto de 2016

Assinado por:
Miguel Roberto Jorge
(Coordenador)

Endereço: Rua Botucatu, 572 1º Andar Conj. 14
Bairro: VILA CLEMENTINO CEP: 04.023-061
UF: SP Município: SAO PAULO
Telefone: (11)5571-1062 Fax: (11)5539-7162 E-mail: secretaria.cepunifesp@gmail.com

Anexo B- Escala de Avaliação de Incapacidades da Organização Mundial de Saúde (WHODAS 2.0)



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

Versão com 36 itens, auto-administrada

Este questionário pergunta sobre dificuldades decorrentes de condições de saúde. Condições de saúde incluem doenças ou enfermidades, outros problemas de saúde de curta ou longa duração, lesões, problemas mentais ou emocionais, e problemas com álcool ou drogas.

Pense nos últimos 30 dias e responda as questões, pensando sobre quanta dificuldade você tem tido nas atividades a seguir. Para cada questão, por favor, marque uma resposta.

Nos últimos 30 dias, quanta <u>dificuldade</u> você teve em:						
Compreensão e comunicação						
D1.1	<u>Concentrar-se</u> para fazer alguma coisa durante <u>dez minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.2	<u>Lembrar-se</u> de fazer <u>coisas importantes</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.3	<u>Analisar</u> e <u>encontrar soluções</u> para <u>problemas</u> do dia-a-dia?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.4	<u>Aprender</u> uma <u>nova tarefa</u> , por exemplo, como chegar a um lugar desconhecido?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.5	<u>Compreender</u> de <u>forma geral</u> o que as pessoas dizem?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D1.6	<u>Começar</u> e <u>manter</u> uma <u>conversa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Mobilidade						
D2.1	<u>Ficar em pé</u> por <u>longos períodos</u> como <u>30 minutos</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.2	<u>Levantar-se</u> a partir da posição sentada?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.3	<u>Movimentar-se</u> dentro de <u>sua casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.4	<u>Sair</u> da sua <u>casa</u> ?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D2.5	<u>Andar</u> por <u>longas distâncias</u> como por <u>1 quilômetro</u> .	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor continue na próxima página...



Nos últimos 30 dias, quanta <u>dificuldade</u> você teve em:						
Auto-cuidado						
D3.1	<u>Lavar seu corpo inteiro?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.2	<u>Vestir-se?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.3	<u>Comer?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D3.4	Ficar sozinho <u>sem a ajuda de outras pessoas</u> por alguns dias?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Relações interpessoais						
D4.1	<u>Lidar com pessoas que você não conhece?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.2	<u>Manter uma amizade?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.3	<u>Relacionar-se</u> com pessoas que são <u>próximas</u> a você?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.4	<u>Fazer novas amizades?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D4.5	Ter <u>atividades sexuais?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
Atividades de vida						
D5.1	Cuidar das suas <u>responsabilidades domésticas?</u>	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.2	Fazer <u>bem</u> as suas tarefas domésticas mais importantes?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.3	Fazer todas as tarefas domésticas que você precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.4	Fazer as tarefas domésticas na <u>velocidade</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor, continue na próxima página...



Se você trabalha (remunerado, não-remunerado, autônomo) ou vai à escola, complete as questões D5.5-D5.8, abaixo. Caso contrário, pule para D6.1.

Por causa da sua condição de saúde, nos últimos 30 dias, quanta dificuldade você teve em:						
D5.5	Atividades diárias do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.6	Realizar <u>bem</u> as atividades mais importantes do trabalho/escola?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.7	Fazer todo o trabalho que você precisava?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D5.8	Fazer todo o trabalho na <u>velocidade</u> necessária?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Participação social						
Nos últimos 30 dias:						
D6.1	Quanta dificuldade você teve ao <u>participar em atividades comunitárias</u> (por exemplo, festividades, atividades religiosas ou outra atividade) do mesmo modo que qualquer outra pessoa?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.2	Quanta dificuldade você teve por causa de <u>barreiras ou obstáculos</u> no mundo à sua volta?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.3	Quanta dificuldade você teve para <u>viver com dignidade</u> por causa das atitudes e ações dos outros?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.4	Quanto <u>tempo</u> você gastou com sua condição de saúde ou suas consequências?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.5	Quanto <u>você</u> tem sido <u>emocionalmente afetado</u> por sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.6	Quanto a sua saúde tem <u>prejudicado financeiramente</u> você ou sua família?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.7	Quanta dificuldade sua <u>família</u> teve por causa da sua condição de saúde?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer
D6.8	Quanta dificuldade você teve para fazer as coisas <u>por si mesmo(a)</u> para <u>relaxamento</u> ou lazer?	Nenhuma	Leve	Moderada	Grave	Extrema ou não consegue fazer

Por favor, continue na próxima página...



WHODAS 2.0

WORLD HEALTH ORGANIZATION
DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE 2.0

36
Auto

H1	Em geral, nos últimos 30 dias, <u>por quantos dias</u> essas dificuldades estiveram presentes?	Anote o número de dias _____
H2	Nos últimos 30 dias, por quantos dias você esteve <u>completamente incapaz</u> de executar suas atividades usuais ou de trabalho por causa da sua condição de saúde?	Anote o número de dias _____
H3	Nos últimos 30 dias, sem contar os dias que você esteve totalmente incapaz, por quantos dias você <u>diminuiu</u> ou <u>reduziu</u> suas atividades usuais ou de trabalho por causa de alguma condição de saúde?	Anote o número de dias _____

Isto completa o questionário. Obrigado.

Anexo C- Questionário Nórdico de Sintomas Osteomusculares (PINHEIRO et al,2002)

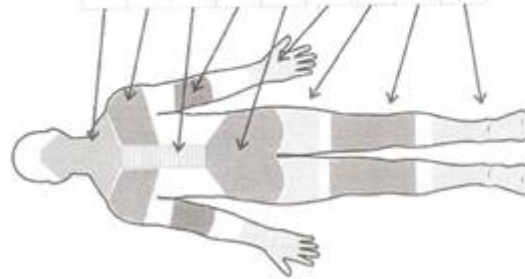


Universidade Federal de São Paulo
Estágio Supervisionado em Fisioterapia
Saúde do Trabalhador

Profª. Drª Fernanda Cockell – email:fercockell@yahoo.com.br



A figura abaixo mostra como seu corpo foi dividido. Você deve decidir, por si mesmo, qual parte está ou foi afetada, se houver alguma. Por favor, responda às questões colocando um "X" no quadrado apropriado para cada pergunta. Por favor, responda a todas as perguntas mesmo que você nunca tenha tido problemas em qualquer parte do seu corpo



	Nos últimos 12 meses, você teve problemas (como dor, formigamento/ Dormência) em:		Nos últimos 12 meses, você foi impedido(a) de realizar atividades normais (por exemplo: trabalho, atividades domésticas e de lazer) por causa desse problema em:		Nos últimos 12 meses, você consultou algum profissional da área da saúde (médico, fisioterapeuta) por causa dessa condição em:		Nos últimos 7 dias você teve algum problema em:	
PESCOÇO	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
OMBROS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
PARTE SUPERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
COTOVELOS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
PARTE INFERIOR DAS COSTAS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
PUNHOS/MÃOS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
QUADRIL/COXAS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
JOELHOS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim
TORNOZELOS/PÉS	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

Anexo D – Escala Visual Analógica para Dor (GUIMARÃES et al, 2014)

